



# Une approche du concept de charge de travail par l'étude des trajectoires professionnelles du personnel soignant de l'APHM.

Audrey Rabassa

## ► To cite this version:

Audrey Rabassa. Une approche du concept de charge de travail par l'étude des trajectoires professionnelles du personnel soignant de l'APHM.. 2009. halshs-00384159

**HAL Id: halshs-00384159**

**<https://shs.hal.science/halshs-00384159>**

Preprint submitted on 14 May 2009

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**Laboratoire d'Economie et sociologie du travail**

**Une approche du concept de charge de travail par l'étude des trajectoires professionnelles du personnel soignant de l'Assistance publique des Hôpitaux de Marseille**

**Introduction**

Ce séminaire de thèse répond à une volonté de clarifier les différents objectifs de cette recherche et d'en préciser les contextes institutionnels. Financée par une bourse régionale attribuée par région PACA, nous enquêtons régulièrement depuis plusieurs mois au sein de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille. Principal partenaire sur le terrain de cette thèse, l'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille a mis à notre disposition différentes données issues des bilans sociaux, projets d'établissements etc. qui nous ont permis de mieux cerner le contexte socio-économique de notre partenaire. Par ailleurs, la mise à disposition d'un vaste répertoire téléphonique nous a permis de rencontrer de nombreux acteurs clés de cette institution qui nous ont aidé dans la construction de nos problématique et hypothèses de terrain, lors d'une succession d'interviews. Ainsi, il s'agit dans ce papier de dresser dans un premier temps, un panorama des évolutions du travail telles qu'elles ont été appropriées par les acteurs et d'en faire ressortir l'émergence du concept de « charge de travail ». Dans un deuxième temps, nous nous attacherons à mettre en évidence le contexte socio-économique de ce concept de charge de travail à travers les évolutions des conditions et de la charge de travail en milieu hospitalier. Enfin, il sera question de clarifier notre problématique sur la construction de la « charge de travail » en tant que concept et sa régulation par le personnel soignant, avant d'aborder la méthodologie d'approche de ce concept.

**1- Des mutations du travail à l'émergence du concept de charge de travail**

*1-1 Les contraintes modernes du travail*

Le travail a subi de profondes évolutions depuis une vingtaine d'années qui touchent à l'organisation du travail d'une part, et les conditions de travail d'autre part. Ces mutations du travail se caractérisent par plusieurs éléments. Elles sont tendanciellement marquées par une plus grande autonomie. Cet accroissement de l'autonomie dans le travail répond à de nouvelles politiques de gestion des ressources humaines et repose sur l'idée qui consiste à revaloriser et à redonner sens au travail. La conséquence de cela se mesure en terme de charge de travail. Une charge de travail non plus prescrite au sens taylorien du terme, mais où des objectifs de travail sont fixés individuellement ou collectivement aux salariés. Est également décrite ou observée une intensification des rythmes de travail associée à des normes de qualité qui se traduisent de plus en plus par la standardisation des procédures et la minimisation des erreurs. Si toutes les professions, comme le rappelait Everett Hughes, sont confrontées au problème de la minimisation de la gestion des erreurs, il semble que l'intensification du travail associée à des exigences de qualité dans l'organisation du travail tendent à accroître le stress et l'anxiété des salariés face au poids de leurs responsabilités. Ces nouveaux principes de travail mettent ainsi en évidence de nouvelles formes de souffrance, lesquelles sont d'autant plus difficiles à supporter que les attentes des salariés à l'égard de leur travail et de leur carrière ne cessent de croître. Enfin, de nouvelles formes de pénibilités sont apparues tandis qu'est observé parallèlement que d'autres pénibilités ont été renforcées.

Parallèlement à ces tendances majeures portées par un nouveau modèle d'organisation du travail, le processus de réduction du temps de travail engagé avec les lois Aubry I et II, la question de la charge de travail est placée au centre des négociations dans l'application des 35 heures. En effet, en

réduisant l'horaire collectif de 10% se pose les questions du maintien du niveau de la productivité et du maintien du niveau de qualité. Dans la mesure où les lois Aubry instaurent un déséquilibre entre le niveau de réduction du temps de travail et les embauches, la charge de travail devient le point d'ancrage de toute négociation : la réduction du temps de travail modifie les règles de l'attribution de la charge de travail, mais aussi de la « masse » de travail à effectuer<sup>1</sup>. En effet, la réduction du temps de travail est perçue par les acteurs comme une entrave à l'organisation du travail où il leur est demandé de faire en 35 heures ce qu'ils faisaient habituellement en 39 heures.

C'est dans ce contexte d'intensification du travail, que le concept de charge de travail est propulsé au devant de la scène, largement utilisé par les travailleurs pour désigner le coût de ce qui est à faire ou de ce qui a été fait au travail. Les nombreuses enquêtes conditions et organisation de travail mettent en évidence les exigences liées aux pénibilités physiques et mentales du travail, l'autonomie ou les marges de manœuvre dans le travail et l'environnement au travail. Ces enquêtes mobilisent la perception des salariés sur les conditions de travail en général et les résultats obtenus doivent être interprétés avec précaution : d'une part, parce que ces pénibilités doivent être analysées en tenant compte des conditions sociales dans lesquelles les individus en prennent conscience ou non ; d'autre part, pris isolément, les résultats peuvent conduire à des interprétations trop rapides et parfois fausses. En revanche, il est possible de soutenir que les contraintes de temps, mais aussi de qualité auxquelles les salariés sont davantage confrontés aujourd'hui, ont une incidence sur les pénibilités physiques du travail.

Afin de prendre la mesure de ces évolutions, et nous intéressant plus particulièrement à la population soignante des hôpitaux publics, nous allons présenter une enquête réalisée en 2003 par la Drees qui permettra de dresser un rapide panorama de l'organisation et des conditions de travail du personnel soignant

### *1-2 Organisation et conditions de travail des personnels des établissements de santé : un cadrage général*

Ce point de cadrage se base sur l'enquête Conditions et organisation du travail à l'hôpital réalisée par la Drees en 2003 auprès d'un échantillon d'environ 5000 salariés<sup>2</sup> des établissements de santé. Il s'agit à travers cette enquête de dresser un panorama des conditions de travail telles qu'elles sont perçues par le personnel salarié interrogé.

Le monde de l'hôpital est un des secteurs d'activité les plus en contact avec le public extérieur. De ce fait, les relations avec le public présentent des moments à la fois positifs et pénibles vécus avec les patients même si pour l'ensemble du personnel soignant, le sentiment de vivre des moments très positifs est majoritaire ; néanmoins, le vécu des situations pénibles est plus particulièrement signalé par les infirmières et les aides-soignantes. De plus, si les tensions avec les patients et leur famille sont toujours ressenties, ces dernières ne semblent pas s'accroître pour autant. En effet, pour le personnel soignant hospitalier en contact permanent avec le public, la fréquence des situations de tension semble relativement stable, soit 55% d'entre eux<sup>3</sup>. Ces tensions se caractérisent par : des agressions verbales soit, 73% des infirmières et 62% des aides-soignantes pour une moyenne générale de 57% du personnel ; et par des agressions physiques déclarées par 21% des infirmières.

En ce qui concerne les différentes exigences auxquelles le personnel est confronté, il apparaît que les efforts d'attention sont en nette progression (de 30% en 1998 à 60% en 2003). La lecture des signes

---

<sup>1</sup> JP Durand, S. Girard, 2002, Attribution, perception et négociation de la charge de travail, Paris, Cahiers d'Evry.

<sup>2</sup> Ce public de salariés interrogés se compose de 6% de médecins salariés ou libéraux, 28% d'infirmières et 13% d'autres professions intermédiaires, 24% d'aides-soignantes, 13% d'agents de service hospitaliers et 10% d'autres employés. Nous intéresserons plus particulièrement à la population soignante, infirmières et aides-soignantes.

<sup>3</sup> 60% des médecins libéraux, 53% des infirmières, 49% des médecins salariés et 43% des aides-soignantes.

de petites tailles concerne davantage les infirmières : 64% d'entre elles contre 51% pour l'ensemble des professionnels de santé. Quant aux efforts physiques, 94% ont une station debout prolongée, 88% doivent effectuer des mouvements douloureux, et 86% effectuer le port de charges lourdes. Néanmoins, ces exigences s'accompagnent d'une perception de plus de soutien dans son travail que l'ensemble du personnel, soit quatre personnes sur cinq.

L'environnement du travail suscite de nombreuses critiques de la part des infirmières et des aides-soignantes. 25 à 30% des infirmières et des aides-soignantes déclarent que leur lieu de travail est sale ou insalubre ; 56% des infirmières jugent leurs locaux mal adaptés.

Les contraintes de rythme sont plus fortement perçues : 91% disent devoir annuler ou écourter leur repas pour effectuer leur travail ; 67% déclarent devoir faire attention à des signaux visuels brefs ; 89% déclarent qu'une erreur dans leur travail peut avoir des conséquences dangereuses pour la sécurité des personnes et 95% sur la qualité du service ; ces personnels soignants jugent en revanche plus souvent leur environnement de travail inadapté, avec une forte impression d'un manque de collègues (78%) et de temps (65%) pour travailler correctement. Ceci est d'autant plus accentué, que le personnel soignant est confronté à l'obligation de se débrouiller souvent seul dans des situations difficiles (36%).

L'autonomie et les marges de manoeuvres tendent à augmenter surtout pour les infirmières. Ce groupe se caractérise par un fort sentiment de responsabilité : 90% estiment qu'une erreur dans leur travail peut ou pourrait avoir des conséquences graves en terme de sécurité, 97% en terme de qualité. Ils signalent aussi plus que la moyenne devoir faire des rapports d'activité.

Enfin, la possibilité de coopérer et d'avoir du soutien des collègues est élevé : 95% des infirmières et des aides-soignantes déclarent pouvoir bénéficier d'une aide de leurs collègues.

L'analyse des données souligne plus particulièrement le lien entre les situations professionnelles et les degrés d'exigences, les marges d'autonomie et l'environnement dans lequel s'inscrit le travail. Les professions dont les exigences de travail apparaissent les plus fortes sont à cet égard les infirmières et les aides soignantes. Il est mis en évidence que l'autonomie augmente globalement avec le niveau de diplôme. Les aides soignantes déclarent un environnement plus favorable que les infirmières.

Cette enquête Conditions et organisation du travail, permet de mettre en évidence la prégnance du concept de charge de travail décliner à travers les pénibilités physiques, les pénibilités mentales et le niveau des exigences auxquels les individus sont soumis, la capacité d'autonomie et de marges de manoeuvre dont les salariés disposent pour mener à bien leur travail, et le soutien social, décliné en tant que soutien technique et compréhension de la hiérarchie associée à l'aide et la solidarité entre collègues. Tout ceci régule positivement ou négativement la perception que les salariés ont de leur charge de travail. Néanmoins, ceci ne constitue que quelques uns des aspects de cette approche en terme de charge de travail et ne révèle que quelques tendances de la construction que font les salariés de leur charge de travail.

Cependant, il nous semble important de prendre également en considération le contexte social dans lequel l'enquête est réalisée. En effet, lors d'une enquête<sup>4</sup> « Conditions de travail » réalisée pour le compte du Centre hospitalier du Pays d'Aix, nous avons été frappés par le malaise ambiant qui régnait dans les groupes, et plus particulièrement celui des aides soignants. De nombreuses tensions

---

<sup>4</sup> Enquête qualitative, réalisée en 2005 qui englobait tout le personnel hospitalier salarié et dont la méthodologie – pour le moins originale – reposait sur le recueil de discours évoqués au fil des conversations de groupes « métiers » (infirmiers, aides-soignants, agents de service hospitaliers, personnel laboratoire, personnel technique, personnel médico-technique, cadres, personnel administratif).

étaient cristallisées autour de la dégradation des relations dans les équipes soignantes, dans un contexte social d'incompréhension de la politique en matière de gestion du personnel.

Dans cette étude centrée sur le concept de charge de travail, il nous semble important d'analyser les discours tenus par les différents acteurs hospitaliers. Ainsi, au cours de notre phase exploratoire, des entretiens semi-directifs ont été réalisés<sup>5</sup> de telle manière qu'il nous a été possible de mettre en évidence ce que le terme « charge de travail » signifiait pour ces différents acteurs

### *1-3 Vers une construction du discours autour du concept de « charge de travail »*

Tout comme le suggère les résultats de l'enquête brièvement exposés, les discours portant sur la charge de travail n'ont pas le même sens selon le point de vue duquel ils sont abordés. Pour mettre en évidence la construction de la charge de travail dans les discours, nous nous appuyons sur les entretiens recueillis auprès de directeurs des ressources humaines, directeurs de soins infirmiers et cadres supérieurs de santé et d'infirmier(e)s.

#### *Un discours centré sur l'objectivation quantitative de la charge de travail*

Le discours des gestionnaires en ressources humaines et en soins infirmiers est principalement axé sur la transparence et la mesure comptable de la charge de travail du personnel soignant. Fort imprégné des courants des années 80 – 90 de mesure objective de la charge de travail, la direction des hôpitaux parle de la charge de travail à travers deux méthodes de quantification de celle-ci :

- la méthode SIIPS (soins infirmiers individualisés à la personne soignée) : l'objectif de cette méthode est de déterminer un indicateur en soins infirmiers par une appréciation globale et synthétique des soins pour chaque malade. Elle renseigne notamment pour chaque malade l'intensité des soins et leur structure. Les soins sont classés en trois catégories, les soins de base (liés à l'alimentation, l'hygiène et le confort) ; les soins techniques ; les soins relationnels et éducatifs. Des coefficients sont attribués à chacun des soins en fonction de la pathologie et du degré de dépendance de la personne soignée. Cette méthode doit permettre d'évaluer en fonction de l'unité de soins (courts, moyens ou longs séjours), des pathologies traitées et du degré de dépendance des malades l'effectif soignant requis.
- La méthode PRN (programme de recherche en nursing) : Il s'agit d'une méthode canadienne dont l'objectif est de quantifier la charge de travail. Cette méthode repose sur la charge de travail en soins directs (soins dont bénéficie directement le patient) et soins indirects (soins afférents aux soins directs, par exemple, prise de rendez-vous, planification des soins, communications avec le médecin etc.). A chaque soin est attribué un temps de réalisation qui au final doit permettre d'établir un effectif d'efficacité maximale.

La méthode principalement retenue en France a été la méthode SIIPS, mais qui s'est révélée infructueuse. En effet, elle a été abandonnée parce qu'elle ne prenait en compte que l'aspect objectif du travail soignant, mais ne considérait absolument pas ce que les canadiens nomment les soins indirects. De plus, elle s'est révélée particulièrement consommatrice en personnel soignant.

Cependant, les discours des membres de la direction sont essentiellement tournés vers une définition de la charge de travail donnée par les SIIPS. « *En fonction des soins, il y a trois catégories de soins qui sont codifiées : les soins de base : toilettes, hygiène, alimentation etc. qui sont plus des soins délégués aux aides-soignantes ; les soins techniques : tout ce qui est perfusion, prise de sang, etc. et les soins relationnels. Donc ça donne un score de la charge en soins qui permet de mesurer la charge de travail en soins et l'évolution de l'autonomie du patient* » [DSI, La Timone].

---

<sup>5</sup> Principalement auprès de Directeurs de Ressources Humaines d'hôpitaux, de Directeurs de Soins Infirmiers et de Cadres supérieurs de santé.

La charge de travail telle qu'elle est abordée dans ces discours, ne prend pas en compte les pénibilités inhérentes aux professions soignantes. Ces pénibilités sont ressenties différemment selon les personnes et relèvent du niveau subjectif du travail peu ou pas pris en compte dans la mesure de la charge de travail soignante. La charge de travail est donc assimilée à la quantité de travail à faire dans une unité de soins en fonction d'un effectif calculé au plus juste. Les fluctuations liées à celles-ci ne sont pas prises en considération et révèlent l'inefficacité d'une mesure comptable de la charge de travail. Donc, la vision qu'a la direction de la charge de travail soignante est une vision purement instrumentale de ce qui est à faire, en décalage avec la perception et le vécu qu'en ont les cadres supérieurs de santé et le personnel soignant.

*Vers une définition plus nuancée de la charge de travail*

Les cadres supérieurs de santé ont un parcours professionnel basé sur la promotion professionnelle qui leur confère une solide expérience de terrain en tant que soignant d'une part, et cadre de santé d'autre part. Leur position dans la hiérarchie les place au carrefour des logiques administratives et gestionnaires et des logiques soignantes. En cela, leur discours sur la charge de travail s'en trouve plus nuancé que celui de la direction, mais surtout imprégné dans une perspective d'évolution de la charge de travail.

Ainsi, ces derniers dans leur grande majorité définissent avant toute chose la charge de travail soignante sous l'angle des soins directs et des soins indirects, qui n'est pas sans nous rappeler le projet de recherche en nursing. *« Interviewer : Quelle définition donneriez-vous de la charge de travail soignante ? Interviewé : Leur charge de travail, c'est comment dirai-je sur leur vacation temps de travail, vacation par exemple du matin, c'est pour prendre en charge un certain nombre de patients. Si on prend par exemple les infirmières, en moyenne, elles peuvent avoir entre deux et trois malades, et bien c'est l'ensemble des soins directs, soins infirmiers qu'elles vont prodiguer aux malades et soins indirects, c'est-à-dire, tout ce qui participe à la prise en charge du malade. » (Cadre supérieur de santé, département anesthésie-réanimation, Hôpital Nord).*

L'aspect quantitatif n'est pas totalement absent non plus de leur discours puisqu'il révèle avant tout une réalité. En effet, parler de « charge » de travail, le mot « charge » induit déjà le poids de ce qui est à faire en un temps donné : *« ce que j'appelle charge dans mon langage à moi, il y a le nombre d'actes, la charge ce serait le nombre de choses à faire dans une journée impartie pour effectuer une totalité des choses qui peuvent être fixes ou pas fixes. J'appelle charge les choses à faire. Les choses à faire sont liées au nombre de malades, à leur pathologie, à leur difficulté. » (CSS, Chirurgie ambulatoire, digestive et de la main, Hôpital La Conception).*

Cependant, l'expérience de soignant de ces cadres nuance ce type de discours trop objectif qui ne tient pas compte du vécu et de la perception de la charge de travail du personnel soignant. Pour eux, parler de charge de travail, c'est s'interroger sur les difficultés auxquelles doit faire face le personnel soignant en terme de *« conditions de vécu, d'organisation et de ressenti » (CSS, Chirurgie ambulatoire, digestive et de la main, Hôpital La Conception)*. Ces pénibilités sont celles souvent évoquées par les diverses enquêtes conditions de travail : pénibilités physiques, mentales *« Il y a la charge de travail physique, la charge de travail mentale. La charge de travail physique, c'est la pénibilité souvent liée au profil des patients que l'on peut améliorer par exemple par des lits électriques, enfin par certains matériaux, mais enfin... et puis il y a la charge de travail mentale qui peut être soit liée au stress engendré par le type de service, soit liée aux profils des malades qui parfois engendrent des charges très lourdes » (CSS, secteur de néphrologie-dialyse, Hôpital La Conception)*, psychiques à travers de fortes sollicitations du malade comme c'est souvent le cas en psychiatrie *« C'est du travail bien spécifique la psychiatrie. On sait très bien que ces gens qui ont des troubles bipolaires ou qui ne sont pas bien, ils viendront en permanence solliciter la personne jusqu'à ce que le traitement agisse. Moi j'en ai un, et il fait ça avec tout le personnel, je laisse la porte ouverte parce qu'il fait chaud, donc je laisse entrer la clim, il est tout le temps assis sur la chaise – Marilyn est ce que je peux vous parler ? – Et c'est toutes les cinq minutes » (CSS, secteur psychiatrie, Hôpital Ste Marguerite)*. Et toutes les pénibilités temporelles associées à la gestion de l'imprévisible qui rendent la régulation organisationnelle de la charge de travail complexe *« La charge de travail, c'est aussi tout ce qui vient parasiter le programmé [...] Par*

*exemple, au niveau des consultations, il y a les médecins parce qu'ils opèrent et bien au lieu de commencer leur consultation à quatorze heures, ils vont la commencer à seize ou dix-sept heures. Parce qu'ils ont autre chose à faire à l'extérieur, la consultation du matin ils la passent l'après-midi donc quand on a un planning établi avec un nombre de personnel donné et qu'on essaye déjà de dispatcher le personnel sur toutes les spécialités, des fois, il faudrait se couper en deux. » (CSS, Fédération de l'enfant – secteur chirurgie, Hôpital La Timone).*

De plus, parler de charge de travail est indissociable du thème des effectifs et de l'absentéisme. Ceci pose la question de la quantité du travail et de sa répartition de la charge de travail lorsqu'il y a absentéisme. Ceci fait l'objet d'une négociation avec l'ensemble des équipes soignantes dont l'objet est la répartition du travail, et où chacun doit trouver un intérêt pour en rendre sa perception « acceptable ».

Enfin, la charge de travail, c'est toutes les nouvelles tâches informatiques et administratives qui sont apparues ces dernières années et qui sont dénoncées comme de plus en plus nombreuses par rapport au temps accordé aux patients *« les infirmières ont du mal à passer sur informatique. Et maintenant il y a des tas de choses qui passent sur informatique : l'admission des patients, les commandes repas, les commandes pharmacies etc. Elles considèrent que c'est du temps perdu auprès du patient. Elles sont réticentes, c'est très difficile. Et puis, il y a la traçabilité, aussi considéré comme une perte de temps. C'est de la paperasse pour elles, elles ont l'impression d'être dépossédée de leur rôle d'infirmière » (CSS, Secteur médecine interne, Hôpital La Timone)*

Finalement, la charge de travail dans les discours des cadres de santé tend à émerger comme un processus de complexification du travail où logiques gestionnaires et logiques soignantes s'opposent. Il s'agit d'un regard extérieur, mais en phase avec les évolutions techniques et gestionnaires de ces vingt dernières années.

#### *Une brève approche de la charge de travail par le personnel soignant*

Nous n'avons pas recueilli dans le cadre de cette pré enquête de discours d'infirmier(e)s et aides soignant(e)s<sup>6</sup>, néanmoins, nous pouvons dresser un rapide panorama de l'appropriation du concept de « charge de travail » dans les discours des personnels soignants à partir d'enquêtes précédentes à celle-ci.

Le concept de charge de travail chez le personnel soignant, et contrairement à la signification qui en est donnée dans les discours de la direction et de l'encadrement de proximité, n'est que très rarement énoncée comme tel. Cependant, il y est souvent fait référence à travers une description cumulative des tâches de travail et les différentes temporalités qui se jouent sur la scène des unités de soins. Ainsi, la charge de travail est avant tout associée à la notion de temps au travail, un temps discontinu et fortement enchevêtré dans l'organisation ordonnée ou désordonnée de l'unité de soins :

- temps de la distribution des médicaments et des pansements ;
- temps de l'information, sa recherche et transmission ;
- temps des interruptions et diverses sollicitations ;
- temps des visites ;
- temps de l'urgence ;
- le sentiment de manquer de temps ;
- temps de pause, etc.

La charge de travail a ainsi une résonance en terme de quantité sur un axe temporel donné et souvent perçu insuffisant. Cette description minutieuse des journées de travail et de ces temporalités qui structurent l'activité soignante, soulignent la forte part mentale du travail que nous déclinons en « charge mentale ». *« Vous êtes un interlocuteur, et vous êtes l'interlocuteur de dix personnes à la fois. Ce n'est pas possible avec dix tâches. C'est ça pour moi la difficulté. Quelquefois tout va très bien aller dans l'ordre, mais c'est le fait de ne pas pouvoir planifier soi-même et être maître de son travail. On est sans cesse tiraillée » (Infirmière, orthopédie, CHPA).*

---

<sup>6</sup> Population d'étude que nous ambitionnons de privilégier dans cette thèse.

Les discours des soignants tendent à se cristalliser autour de l'intensification du travail entraînée par l'aspect administratif du travail et jugé négativement : ils ont plus particulièrement le sentiment de s'éloigner de patients au profit d'une traçabilité peu comprise au regard du travail supplémentaire que cela implique. « *Faire des bons, remplir des bons, servir d'intermédiaire entre les médecins et les autres intervenants. Finalement on a peu de temps en soins. En fait avec l'ordinateur de transmission, vous passez plus de temps à gérer le retour de bloc dans votre bureau qu'auprès du patient* » (Infirmière, orthopédie, CHPA). Et ces discours sont d'autant plus accentués que le sentiment de manquer de collègues de travail est prégnant de tous les discours des interviewés.

Enfin, les discours des soignants sont marqués par la prégnance de la maladie et de la souffrance, parfois de la mort. Ceci révèle une forte dimension émotionnelle de la charge de travail où la frontière entre « bonne » distance thérapeutique et l'accompagnement du malade dans sa maladie, est mince. « *C'est vrai qu'on nous apprend les distances thérapeutiques, mais je suis quelqu'un d'assez fragile aussi, je suis très sensible, et je ne peux pas imaginer passer à côté d'un malade, fermer la porte et partir* » (Infirmière, cardiologie, CHP)

Finalement, la charge de travail désigne l'accumulation et le coût de ce qui a ou est à faire. Contrairement à ce que nous pourrions penser, elle n'est pas nécessairement vécue négativement, mais correspond davantage, dans ces discours, à une recomposition du travail soignant auquel il faut s'habituer. C'est aussi une manière de légitimer des attitudes de retrait qui peuvent occasionnellement être observées dans les unités de soins.

#### *1-4 La charge de travail, un concept interdisciplinaire*

La charge de travail est un concept flou et polysémique. Ce vocable fait référence à un usage très courant dans le domaine du travail dont les études sont relatives à la fois, à la perception des conditions et de l'organisation du travail, aux travailleurs eux-mêmes ou encore sont abordées par divers spécialistes tels que les médecins du travail, les gestionnaires des ressources humaines, etc. Aborder la charge de travail ne présente pas les mêmes intérêts selon la discipline. Néanmoins, l'apport de chacune d'entre elle constitue une complémentarité vis-à-vis de l'approche de ce concept. De ce point de vue, le concept de charge de travail peut-être considérée comme un descripteur global, comparatif et synthétique qui résume des dimensions extrêmement diverses et non opposables abordant les différents aspects de pénibilités physiques, mentales ou encore psychologiques.

##### ▪ Apports de la psychologie expérimentale

Pour les psychologues, étudier la charge de travail requiert deux acceptions : d'une part, la charge de travail est une caractéristique de la tâche et fait référence aux obligations et contraintes auxquelles est soumis le travailleur, les « exigences » ; d'autre part, la charge de travail est une conséquence pour le travailleur. Cette dernière acception révèle toute la difficulté d'appréhender le vécu de la charge de travail, qui repose sur ce que le terme de « charge » induit dans les situations d'entretien. En psychologie expérimentale, la charge de travail est étudiée en prenant en compte les exigences de la tâche et les capacités de l'individu à faire face à ses exigences<sup>7</sup>. Selon AT Welford<sup>8</sup> charge de travail et performance dépendent de quatre facteurs qui forment les aptitudes :

- Exigences<sup>9</sup> requises par la tâche : les exigences instantanées nécessitent de maintenir simultanément en mémoire une quantité importante d'informations. Les exigences

<sup>7</sup> J. Leplat, 1977, Les facteurs déterminant la charge de travail, Le Travail Humain, 40, n°2.

<sup>8</sup> AT Welford, 1977, la charge de travail comme fonction des exigences de la stratégie et de l'habileté, Le Travail Humain, 40, n°2.

<sup>9</sup> Exigences perceptives, exigences de transmission, exigences motrices, exigences de mémoire.



temporelles se caractérisent par la capacité des sujets à accumuler ces informations dans le temps. Il s'agit d'une variable interne et individuelle qui prend en compte les objectifs et les traits de personnalité, et qui déterminent des besoins tels que ceux qui regardent la réussite, la stimulation ou le repos et qui déterminent le niveau d'effort fourni.

- Les capacités basées sur la théorie du signal : dans toute activité, l'expérience se constitue autour de l'émission de signaux sonores qui permettent l'identification d'un problème et son degré d'urgence.
- Les stratégies adoptées avec l'accroissement des exigences.
- L'ajustement de ces stratégies et l'acquisition de l'habileté

La notion de performance telle que discutée par AT Welford, est utilisée en tant qu'aptitude du travailleur au poste de travail, et amène à considérer les propositions de l'ergonomie sur le concept de « charge de travail ».

#### ▪ Apports de l'ergonomie

L'analyse du travail en ergonomie s'appuie sur la distinction entre travail prescrit et travail réel<sup>10</sup>. Dans le travail prescrit, la hiérarchie spécifie formellement les différents objectifs quantitatifs et qualitatifs, ainsi que les procédures à suivre pour leur réalisation. Ces procédures font l'objet de normes qui, même si elles ne sont pas explicitement spécifiées, n'en sont pas moins prescrites. Dans le travail réel, est décrit ce qu'il se passe dans l'activité quotidienne de travail, au fil des jours et des nuits, dans les conditions locales de sa réalisation, et des procédures telles qu'elles se présentent réellement tout en tenant compte des aléas quotidiens. Le travail réel s'exprime donc en terme de performances productives ; du point de vue des procédures, il s'exprime en termes de comportements plus ou moins conformes aux prescriptions. Les erreurs humaines y sont interprétées comme le non respect des procédures prescrites. La pertinence de la distinction entre travail prescrit et travail réel est de démontrer que le travail réel n'est jamais conforme au travail prescrit. Ceci constitue un premier niveau d'analyse de la charge de travail : une adaptation du travailleur à son travail et son environnement en vue d'atteindre ses objectifs fixés par l'organisation, est nécessaire et implique des efforts coûteux en terme de fatigue<sup>11</sup>. Ceci se heurte à l'idéal imaginaire du gestionnaire qui conçoit et organise les postes de travail sur l'hypothèse idéaliste d'un univers totalement transparent, stable et prévisible. Cependant, ce modèle d'analyse a des limites liées d'une part, aux comportements des travailleurs, d'autre part, à la division du travail. Si ces deux limites n'entrent pas en contradiction, en revanche, le réel est subordonné au prescrit.

Dans un deuxième temps, l'ergonomie de langue française introduit dans son analyse du travail, la distinction tâche/activité. La tâche reprend et précise la description du travail prescrit : objectifs, procédures, contraintes, conditions de travail. Le concept d'activité, quant à lui, permet d'approfondir celui de travail réel en tenant compte de trois distinctions importantes :

- L'activité comme comportements : les seules performance finales ne sont plus privilégiées comme élément unique de mesure de productivité, et sont également pris en compte les aspects collectifs du travail, ce qui conduit à penser l'activité comme un processus spécifique, autonome et surprenant.

---

<sup>10</sup> M. de Montmollin, 1996, L'ergonomie, Paris Ed. La Découverte, coll. Repères.

<sup>11</sup> Alain Wisner, dans son article Contenu des tâches et charge de travail publié dans la revue Sociologie du travail, en 1974, soulignait déjà la dimension subjective du concept de charge de travail où pour une même situation de travail, les « variations interindividuelles des capacités sont considérables, aussi bien dans le domaine physique que sensoriel. Par ailleurs, l'effet de l'apprentissage est considérable » sur la manière dont le travailleur aborde l'activité de travail d'une part, et les stratégies qu'il met en avant pour se préserver d'autre part.

- L'activité comme logiques d'actions : c'est admettre que l'activité a une forte composante cognitive. Ceci prend en considération l'analyse des connaissances, savoir-faire et des compétences des travailleurs, compétences qui favorisent l'adaptation au travail (ou l'inadaptation)/ l'équilibre est à déterminer entre des compétences « fermées », permettant l'innovation, l'adaptation et aussi l'échec. L'activité est donc conçue comme créativité.
- L'activité comme « vécu » : les émotions, les sentiments, les manifestations de l'affectivité, de la « subjectivité » et du « psychique » sont considérés à présent comme des composantes à part entière de l'activité.
- L'activité comme processus biologiques (rythmes cardiaques, vieillissements, etc.)

A la lumière de l'apport ergonomique, le concept de charge de travail prend tout son sens. La relation tâche/activité apporte des éléments nouveaux d'analyse d'une situation de travail et invite à réfléchir à la prégnance des aspects subjectifs de la charge de travail, c'est-à-dire les différences perçues subjectivement non seulement par rapport à l'ensemble des conditions de travail mais aussi en relation avec les intensités d'effort, les niveaux d'adaptation (mentale et psychique) et les conditions de stress.

#### ■ Apports de la psychodynamique du travail

La psychodynamique du travail instituée par Christophe Dejours est en cela intéressante : elle est définie comme « l'analyse psychodynamique des processus intersubjectifs mobilisés par les situations de travail ». La dynamique vient ici de la considération que les conflits surgissent de la rencontre entre un sujet, porteur d'une histoire singulière préexistante à cette rencontre, et une situation de travail dont les caractéristiques sont fixées indépendamment de la volonté du sujet. Contrairement à la psychopathologie du travail, en psychodynamique du travail, le concept de normalité – utilisée sur le plan de la santé vécue – désigne un état jamais complètement stabilisé où les maladies sont provisoirement et relativement compensées par une série de médiations externes. De telle sorte, que la normalité n'est pas donnée par la nature mais est inscrite et constituée dans la culture. L'individu y est donc dépendant des autres pour sa survie tant physique que psychique. Le deuxième point d'originalité de cette approche réside dans le concept de souffrance. La souffrance dans le travail commence au même moment où elle devient pathogène, c'est-à-dire là où la part créative du travail s'arrête. « Quand un travailleur a utilisé tout ce dont il disposait de savoir et de pouvoir sur l'organisation du travail et quand il ne peut plus changer de tâche. Ce n'est pas tant l'importance des contraintes mentales ou psychiques du travail qui font apparaître la souffrance que l'impossibilité de toute évolution vers son allègement. La certitude que le niveau atteint d'insatisfaction ne peut plus diminuer marque l'entrée dans la souffrance »<sup>12</sup>. Ainsi, les notions de souffrance créatrice et de souffrance pathogène désignent les destins différenciés de la souffrance : le destin de la souffrance créatrice est de se transformer en plaisir et en expérience structurante ; le destin de souffrance pathogène est la maladie qui intervient lorsque les défenses ne remplissent plus leur fonction protectrice. La souffrance est un affect où le travail n'est jamais neutre vis-à-vis de la dynamique du plaisir ou de la souffrance vécue. Ainsi la souffrance peut se transformer en plaisir. Le plaisir dans le travail est tributaire de la mobilisation de l'intelligence et de la personnalité dans l'effectuation d'une tâche qui l'autorise, sous certaines conditions sociales en termes de reconnaissance.

Ainsi si l'on reprend l'analyse que fait l'ergonomie des situations de travail et plus particulièrement la dimension prescription et la dimension réelle du travail, il est important en analysant l'organisation prescrite du travail de s'intéresser d'une part à la division technique du travail, et d'autre part, à la division sociale et hiérarchique du travail. Le décalage irréductible entre travail

---

<sup>12</sup> Christophe Dejours, 1993, travail et usure mentale, Ed Bayard.

prescrit et travail réel révèle que les travailleurs opèrent des choix tantôt pour privilégier la rapidité d'exécution, tantôt leur sécurité, tantôt la qualité. Le compromis réalisé sera nécessairement instable dans le temps en fonction de la variation des différentes injonctions, du nombre de personnes présentes ou absentes, de leur niveau d'expérience, de fatigue, etc. L'organisation prescrite du travail n'est jamais infaillible, il demeure toujours des zones d'ombre, des situations imprévues, ne figurant dans aucune procédure répertoriée. Improvisation, invention de procédures sont mobilisées à chaque instant « pour que ça marche ». Les travailleurs ne sont pas dépossédés de leurs responsabilités mais celle-ci doit être mise en contexte et en relation avec l'ensemble des contraintes organisationnelles. Le travail réel se caractérise par des incidents, des anomalies, des événements inattendus, d'aléas vis-à-vis desquels il n'existe pas de procédure connue et qui impliquent la capacité d'inventer une solution pour « rattraper le coup ». Ce réel se fait connaître au sujet par un effet de surprise désagréable, c'est-à-dire sur un mode affectif. Le réel, c'est aussi ce qui fait irruption sous la forme de l'accident ou de la violence, effondrant les défenses, paralysant le corps, sidérant la pensée, empêchant de travailler normalement<sup>13</sup>. Donc la perception de la charge de travail est fortement conditionnée par le rapport que l'individu a à son activité, et la manière dont celui-ci régule les différents événements inopinés de celle-ci.

#### ▪ Charge de travail et sociologie

Enfin, depuis les débuts de la sociologie du travail dans les années 50, si le vocable « charge de travail » n'a été que rarement évoqué en tant que tel, les aspects ont toujours été étudiés à travers les rapports entre les différents modes d'organisation et le vécu du travail des salariés, mais aussi à travers les questions de productivité, d'effort, d'écart entre travail prescrit et travail réel. De nombreux efforts ont été réalisés pour comprendre les liens existants entre rémunération, effort et performance, mais aussi pour renseigner les réalités du travail, les privations issues du travail et les satisfactions relatives.

Pour Durkheim<sup>14</sup>, le bonheur est un indice de santé à travers la dichotomie plaisir et souffrance. A chaque moment de l'histoire, le bonheur que nous sommes capables de goûter est limité. Cette limite recule à mesure que l'homme se transforme. Cette distinction entre plaisir et souffrance, attribuée avant tout à la nature propre de l'individu, permet à Durkheim de démontrer que si les hommes sont plus enclins à accéder aux plaisirs divers et variés, y compris ceux faisant partis du travail, les hommes au travail sont également plus enclins à la souffrance : « *La souffrance produit dans l'organisme un retentissement plus profond que la joie, qu'un excitant désagréable nous affecte plus douloureusement qu'un excitant agréable de même intensité ne nous cause de plaisir, cette plus grande sensibilité pourrait bien être plus contraire que favorable au bonheur* ». La souffrance se constitue donc comme mémoire de telle sorte que l'individu garde en mémoire les moments difficiles qu'il a vécu et tend à oublier les moments de plaisir. Ainsi, le bonheur est un indice de l'état de santé de la vie physique et morale dans son ensemble. Le bonheur et plus particulièrement le plaisir qui constitue le bonheur, répond à un besoin de stabilité et de régularité. Si les individus aiment changer, ils sont également attachés à leurs habitudes et ne peuvent en changer sans peine. D'où les nombreuses résistances aux changements qui s'observent quand ceux-ci sont introduits dans certaines situations de travail, et les nombreuses focalisations de l'accroissement de la charge de travail comme facteur de souffrance.

L'histoire du concept de charge de travail nous renvoie à des considérations très positivistes puisque la charge de travail était définie comme « la dépense d'une quantité de ressources physiques et/ou mentales ». Nous savons qu'il est impossible de mesurer objectivement cette charge : à savoir la part individuelle (psychique et mentale) investie dans l'activité de travail, et le caractère choisi ou subi (horaires de travail, etc.) traduits en termes de satisfaction ou d'insatisfaction. Ainsi, pour certains le

<sup>13</sup> Pascale Moliner, 2006, *Travail prescrit, travail réel* in Les enjeux psychologiques du travail, Paris, Ed. petite bibliothèque Payot.

<sup>14</sup> E. Durkheim, 1930, *De La Division du travail social*, PUF, Ed. Quadrige

travail se révèle un facteur d'épanouissement personnel ; pour d'autres, il représente soit une souffrance quotidienne qu'ils taisent, soit une expérience vide de sens. Trois paradigmes permettent d'approcher la notion de satisfaction au travail comme composante positive ou négative de la perception de la charge de travail : l'homo faber, l'homo oeconomicus et l'homo sociologicus.

- l'homo faber renvoie à l'acte de travail et à l'épanouissement qu'il procure à celui qui le réalise : le travail fait sens pour le salarié. La satisfaction dans ce cas relève des valeurs intrinsèques que l'homme attribue au travail.
- L'homo oeconomicus implique une attitude plus instrumentale au travail. La satisfaction dépend de la rétribution en termes de salaires et d'avantages matériels complémentaires, que certains auteurs nomment valeurs extrinsèques du travail.
- L'homo sociologicus postule que tout travail s'exerce dans un cadre social : la qualité des relations qui s'établissent entre les hommes et la reconnaissance que ces derniers en retirent constituent un facteur essentiel de satisfaction

Dans ce contexte là, la charge de travail peut être définie « comme un rapport social entre une situation de travail et des individus »<sup>15</sup>. Par cette définition, l'auteur cherche à corréler des éléments macrosociaux composants essentiels de la situation de travail et d'éléments microsociaux propres à l'individu. Cet individu est un agent social qui possède ses propres caractéristiques physiologiques, psychiques et sociales et qui le conduisent à vivre et percevoir la charge de travail d'une même situation de travail différemment d'un autre individu. Le degré d'acceptabilité de la charge de travail varie donc en fonction des caractéristiques de chaque salarié au travail.

Dans cette approche pluridisciplinaire, le concept de charge de travail est abordé sous trois angles différents et complémentaires que sont les modes d'organisation du travail et de production, l'écart entre le travail prescrit et le travail réel, l'appréciation au sens large des individus sur leur travail.

Afin d'apprécier le concept de charge de travail dans l'activité de travail et sa régulation, nous allons nous intéresser à la charge de travail du personnel soignant, principalement infirmier et aide soignant, en tenant compte du contexte socio-économique propre aux institutions hospitalières.

## **2- Conditions et charge de travail en milieu hospitalier : un contexte socio-économique du concept de « charge de travail »**

Le concept de charge de travail est complexe et multiforme, en particulier dans le secteur hospitalier. Tout comme les entreprises de type privé, les institutions publiques hospitalières, depuis 30 ans, ont fait l'objet de nombreuses réflexions et textes législatifs et réglementaires dont l'objectif récurrent est la maîtrise des dépenses. Ceci va fortement conditionner l'organisation technique du travail à l'hôpital pour le personnel soignant qui doit faire désormais face à une double exigence : la rationalisation des soins d'une part, et la qualité des soins prodigués d'autre part, dans un contexte de modernisation permanente des techniques médicales et paramédicales.

### *2-1 Bref historique de la rationalisation hospitalière*

Si autrefois, l'hôpital général avait pour fonctions de secourir les indigents et de protéger la société de la contagion et du danger que pouvaient représenter ces populations misérables et stigmatisées, en 1941 celui-ci change de visage et devient un établissement ouvert à tous. Il développe sa propre

---

<sup>15</sup> Jean-Pierre Durand, 2004, La chaîne invisible. Travailler aujourd'hui : flux tendu et servitude volontaire, Paris, Ed. du Seuil.

Dès les années 70, le secteur sanitaire hospitalier se rationalise. L'hôpital est traversé depuis une trentaine d'années par des politiques de gestion et des réformes qui visent successivement à améliorer la qualité et la sécurité de la prise en charge, à réduire les dépenses de santé, à accroître l'autonomie des établissements, à développer la responsabilité des acteurs hospitaliers et à objectiver l'affectation des ressources dans le système hospitalier. Les pouvoirs publics affichent leur volonté de contrôler l'attribution des autorisations en matière de création d'établissement par la mise en place de la carte sanitaire dont le principal objectif – basé sur un indice de besoins – est de rationaliser les capacités d'accueil des différents secteurs d'hospitalisation. C'est à partir de 1982 avec le budget global et le prix de la journée « éclatée » avec parallèlement l'introduction d'un taux directeur d'évolution des dépenses que les pouvoirs publics disposent d'un instrument de maîtrise des dépenses. Si cette réforme permet un réel ralentissement des dépenses à la fin des années 80, elle fige, reproduit et même augmente les inégalités entre établissements, départements et régions. Cette tendance à la rationalisation s'accroît davantage avec la mise en place de la loi de 1991 sur le schéma régional de l'organisation sanitaire qui, dans un souci d'optimalité entre offre de soins et besoins, prévoit une meilleure répartition géographique des structures et des activités, cherche à maîtriser les coûts en recherchant les complémentarités entre établissements et favorise les alternatives à l'hospitalisation. Les modes de prise en charge se sont donc diversifiés et s'accompagnent d'un nouveau partage des activités, et ceci est d'autant plus renforcé avec la création des Agences Régionales d'Hospitalisation (ARH)<sup>16</sup> en 1996.

Tout au long de cette période, les outils de gestion se sont multipliés dans un double objectif : rationaliser au mieux les dépenses de santé d'une part, accroître la qualité des soins prodigués aux patients d'autre part. Ainsi, se sont succédés toute une série d'outils que nous nommerons outils de rationalisation :

- Le *PMSI* (programme de médicalisation du système de soins) est instauré parallèlement à la dotation globale. L'objectif est de mesurer la production de l'hôpital se rapprochant de l'activité médicale tout en confrontant cette activité à la consommation des ressources. Le PMSI est basé sur l'élaboration d'un Groupe Homogène de Malades (GHM). Ceci doit permettre de calculer un budget théorique en évaluant sa « productivité » et en rapportant ses « dépenses » constatées à son nombre total de points ISA (indice synthétique d'activité) estimé à partir d'un échantillon d'hôpitaux et d'une comptabilité analytique standardisée des coûts moyens pour chaque GHM. L'intérêt majeur du PMSI en tant qu'outil statistique est de favoriser les comparaisons d'activités de structures diverses par l'analyse de leur activité liée au degré de complexité des cas traités.
- *L'accréditation* est une procédure d'évaluation externe à un établissement de santé qui évalue l'ensemble de son fonctionnement et de ses pratiques. Elle vise à assurer la sécurité et la qualité des soins donnés aux malades, ainsi qu'à promouvoir une politique de développement continu de la qualité au sein des établissements de santé. Il s'agit d'un outil

---

<sup>16</sup> La mission des ARH est de définir et de mettre en œuvre la politique régionale d'offre de soins hospitaliers, d'analyser et de coordonner l'activité des établissements de santé, publics et privés, et de déterminer leurs ressources. L'ARH a les attributions suivantes :

- autoriser la création, l'extension, la transformations des installations nécessaires pour répondre aux besoins de la population, y compris les équipements matériels lourds et les structures de soins alternatives à l'hospitalisation et en particulier celles nécessaires à l'exercice de la chirurgie ambulatoire ;
- autoriser la mise en œuvre ou l'extension des activités de soins d'un coût élevé ou nécessitant des dispositions particulières dans l'intérêt de la santé publique.

Elle élabore également un rapport sur le montant total des dépenses des régimes d'assurance maladie dans la région pour l'année écoulée, sur les évolutions constatées et sur les évolutions prévisibles pour l'année suivante.

de changement dans les établissements de santé par la « qualité totale ». L'accréditation a été pensée pour produire l'action collective allant dans le sens d'une plus grande « rationalisation » des comportements (homogénéisation des pratiques soignantes, développement des actions transversales et amélioration de la coordination entre différents services, etc.) et d'une plus grande participation de tous (élaboration collective des solutions aux « dysfonctionnements » rencontrés dans le travail quotidien).

- *Contractualisation externe, contractualisation interne* : avec cette notion de contrat – apparue avec la loi hospitalière de 1991 – il s'agit d'introduire une nouvelle dimension de la responsabilisation des établissements. Ces derniers doivent élaborer un projet, en cohérence avec les orientations du SROS, garantissant que l'établissement recevra le niveau de financement requis pour mener à bien les orientations retenues. Le succès de ce type de démarche dépend de la capacité des dirigeants d'un établissement à répercuter sur leurs propres services les engagements contractuels pris avec les pouvoirs publics. Le contrat interne quand à lui, vise à faire progresser le dialogue de gestion, qui à plus long terme doit favoriser, à l'aide de tableaux de bord, la diffusion d'une culture de gestion des établissements de santé.
- La *tarification* à l'activité est une nouvelle réforme de financement des établissements hospitaliers qui vient renforcer cette pratique de contractualisation entre Etat et hôpitaux. La tarification à l'activité est fondée sur le principe de réintroduction du lien entre niveau de l'activité en volume et financement qui avait été supprimé avec le budget global. Ainsi, des établissements, qui augmentent leur activité, recevront des recettes supplémentaires et qui, pour autant, ne couvriront pas toutes les dépenses de l'établissement. En particulier, certaines missions de service public donneront lieu à des formes de financements forfaitaires et des incitations. C'est le cas des activités difficilement observables telles que l'enseignement et la recherche, le développement d'innovation, les urgences, ou encore la prise en charge de patients socialement défavorisés.
- Les *pôles d'activité* s'inscrivent dans le plan de modernisation de l'hôpital 2007 qui prévoit un décroisement interne des organisations médicales, basé sur une contractualisation interne entre le directeur et chaque responsable de pôle d'activité. Sur le plan de l'offre de soins, les démarches engagées doivent bien répondre à un objectif d'optimisation. C'est-à-dire que raisonner au niveau d'un pôle invite les acteurs médicaux à élaborer un projet médical intégré et à situer l'offre de soins sur un registre qui correspond bien aux du bassin de la population.

Le double objectif de rationalisation et d'accroissement de la qualité des soins et les outils mis en œuvre pour y parvenir n'est pas sans conséquences sur l'organisation globale du travail hospitalier qui se heurte à des défaillances de certains des outils de gestion. En effet, chacun des outils posent des problèmes ou en tout cas nécessitent de les aborder avec une certaine prudence.

Mesurer la production de l'hôpital tout en la rapportant à la consommation des ressources nécessite de faire très attention. Le PMSI est un outil de gestion imparfait et suscite de nombreuses contestations. Tout d'abord, il ne prend pas en charge pour l'instant qu'une partie de l'hôpital court séjour), les activités y sont mal formalisées (les consultations, le palliatif, les urgences, la réanimation, etc.) et même s'il gomme certaines inégalités « naturelles » entre les établissements, il intègre de façon conventionnelle les activités qui ne relèvent pas strictement du soin comme l'enseignement, la recherche et l'innovation. Ensuite, ôter 10% par exemple des ressources à l'hôpital n'est possible que si ce dernier a les moyens de réponse à ce choc en ajustant et en redéployant ses ressources. Se pose à ce niveau des problèmes liés au statut du personnel d'une part, et à ceux liés aux savoirs gestionnaires d'autre part. Enfin, l'incitatif PMSI traite un hôpital comme une « boîte noire » actant la constatation, issue d'un apprentissage organisationnel de longue durée,

qu'une tutelle même rapprochée comme une ARH n'a pas la faculté de comprendre et d'évaluer dans une optique de contrôle de gestion le fonctionnement de l'hôpital.

De plus, poursuivre un objectif de « qualité totale » tel que défini dans l'accréditation engendre l'émergence d'un nouveau modèle d'organisation pour les établissements qui, finalement, prône un mode de comportement « idéal » des professionnels, considérés comme porteurs de changements dans l'organisation du travail quotidien et qui doivent désormais intégrer de nouvelles exigences :

- Une exigence de coordination : la coordination entre plusieurs services d'une part, les rapports entre les différents groupes professionnels participant à la prise du patient d'autre part ;
- Une exigence de formalisation des comportements : la « traçabilité » doit permettre de régler les rapports entre professionnels de santé, secteurs d'activité et direction d'établissement. La traçabilité des actions rend ainsi l'organisation plus transparente et fournit à la direction de l'établissement de nouveaux moyens de contrôle sur les différentes activités.

En résumé, le modèle idéal d'action collective promu par l'accréditation doit favoriser la délibération collective autour de la reconfiguration des processus de soins.

De même, la déclinaison en interne des contraintes externes nouvelles liées à l'évolution des modes de régulation de l'hôpital public se réalise dans un contexte où la confrontation entre les producteurs de soins et la hiérarchie administrative est accrue, et où le monopôle de l'expertise du médecin et remis en cause. Parallèlement, l'augmentation du besoin de coordination entre les unités de production, conséquence des contraintes de ressources et la transformation des processus de production se complexifient et se mettent en place dans un contexte d'accélération de la prise en charge et d'intensification des soins. L'expertise devient incontournable, d'autant plus que le personnel administratif s'investit peu dans la connaissance des pratiques médicales et de l'organisation des soins. Plus globalement, ce processus de contractualisation conduit les hôpitaux à s'éloigner du modèle de la bureaucratie professionnelle pour les rapprocher d'un modèle de l'entreprise divisionnelle à forte composante professionnelle. Ceci implique un juste équilibre entre la culture et l'efficacité. Les soignants doivent donc intégrer la notion d'efficacité et accepter l'idée que renoncer localement à des activités n'a pas pour but de démanteler le service public, mais bien de le faire fonctionner en réseau. Par ailleurs, les équipes de direction doivent accepter l'idée que déconcentrer des activités de gestion et développer des activités de service ne diminue pas leur statut et leur pouvoir au sein de l'organisation hospitalière. Ils doivent également enrichir leurs compétences organisationnelles en matière d'optimisation des processus de productions. Par la contractualisation, il s'agit donc de développer la coopération afin de réduire les zones de négociation et de tension.

Enfin, dans le plan de modernisation de l'hôpital 2007, la mise en place des pôles d'activité doit être bien comprise. Il s'agit de faciliter le partage des moyens d'une part, en optimisant les ressources existantes : polyvalence, flexibilité des moyens, mise en commun des protocoles et de règles de conduite, mutualisation et donc à terme permettre l'amélioration de la qualité des soins ; d'autre part, en maîtrisant les ressources. Deux conséquences peuvent être envisagées : soit la maîtrise est évidente, et la mise en pôle des organisations médicales est un accélérateur de réformes ; soit les acteurs médicaux ont du mal à prendre des décisions de gestion posées en terme de priorités parce qu'on aborde la question des identités des acteurs et de la légitimité des différents segments d'activité.

Indéniablement, le travail en milieu hospitalier se complexifie au regard de la double exigence de rationalisation et de qualité des soins à prodiguer aux malades, alors même que l'hôpital continue la modernisation permanente de ses techniques médicales et paramédicales. L'offre de soins s'est profondément modifiée autour de nouveaux modes de prise en charge des patients. Le

développement des démarches qualité, d'hygiène, etc. se traduisent par la mise en place de nouvelles lignes transversales de travail. Quelles sont les conséquences sur l'organisation et les conditions de travail des professionnels paramédicaux ? Comment les catégories soignantes perçoivent-elles leurs conditions de travail ? Quel est l'impact sur le travail en matière d'exigences, d'autonomie et d'environnement de travail ?

Afin d'approcher au mieux ces questions, nous allons nous intéresser à l'impact de la rationalisation hospitalière en terme de conditions et de charge de travail sur le personnel soignant de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille

## *2-2 L'assistance Publique des Hôpitaux de Marseille, l'originalité d'un terrain d'étude*

L'assistance publique des hôpitaux de Marseille est un établissement de santé publique qui regroupe quatre hôpitaux dont 2 CHU, soit une capacité totale d'environ 3500 lits :

L'hôpital La conception, construit au début des années 80, est un hôpital compact, qui présente de nombreuses originalités : il dispose d'un centre régional des grands brûlés, d'un service d'hépatogastro-entérologie qui associe les activités de greffes hépatiques et le suivi des greffes rénales. Avec la construction récente d'un bâtiment de néonatalogie, il est l'un des seuls établissements de la région à posséder une maternité de niveau III. Il dispose également d'un important secteur de néphrologie – dialyse. Enfin, à cet ensemble viendra prochainement s'ajouter un nouveau département de psychiatrie. Sa capacité d'accueil est de 695 lits, et se caractérise principalement par une activité de courts séjours adultes.

La Timone, créé en 1974 est un centre hospitalier universitaire qui regroupe trois hôpitaux : Hôpital enfants, hôpital adultes, hôpital psychiatrique. L'hôpital enfants regroupe toutes les disciplines médicales et chirurgicales qui en constituent un véritable pôle d'excellence pour les maladies infantiles des plus courantes aux plus rares. La plus forte activité est enregistrée par les services de chirurgie cardiaque pédiatrique, d'oncologie pédiatrique, de chirurgie cardiaque, de neurologie et neurochirurgie. La particularité de La Timone est qu'il n'y a pas d'urgences adultes. La capacité d'accueil de ce CHU est d'environ 1400 lits, soit 1000 lits pour l'hôpital adultes et 400 pour l'hôpital enfants. L'effectif médical est 880 médecins (dont 730 à l'hôpital adultes, et 150 à l'hôpital enfants), et l'effectif non médical est de 4217 personnes. Enfin, La Timone connaît de fortes restructurations des locaux existants visant à une meilleure adaptation de l'hôpital à son environnement humain.

Les hôpitaux Sud (Sainte Marguerite et Salvator) sont les plus anciens puisqu'ils sont entrés en service à la fin du 19<sup>ème</sup> siècle et sont donc constitués de bâtiments pavillonnaires, leur conférant un rôle de proximité fort. Si à l'heure actuelle ils sont des pôles de référence dans les domaines de la dermatologie, de greffes pulmonaires et de maladies respiratoires, à terme ils auront une vocation de médecine gériatrique, soins de suite et réadaptation, et de psychiatrie déjà engagés par les travaux de modernisation qui prendront fin en 2010. La capacité d'accueil est actuellement de 816 lits avec un effectif médical de 698 personnes, et un effectif non médicale de 1990 personnes.

L'hôpital Nord, inauguré en 1964, regroupe la quasi-totalité des spécialités médicales et chirurgicales. La particularité de ce CHU est de connaître un accroissement exponentiel de son activité et de son rayonnement régional. Nouvel élan impulsé par la construction en 1997 du pavillon mère-enfant urgences alliant technicité et confort, où toutes les spécialités liant la mère à l'enfant sont regroupées pour créer une véritable chaîne de soins. Il est également centre de référence dans de nombreux domaines comme la traumatologie, la néonatalogie, la chirurgie pédiatrique et les maladies infectieuses. La modernisation de l'hôpital Nord passe par la construction du futur centre de traumatologie, d'urgences et d'ambulatoire qui regroupera l'ensemble des disciplines concourant à la prise en charge des patients polytraumatisés et traumatisés grave. Ce projet marque une étape



Dans ce contexte de restructuration dans lequel s'est engagé l'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille sont déjà palpables les nombreuses inquiétudes des personnels soignants face à la recomposition du bassin sanitaire de chacun des sites. Ceci s'ajoute à un contexte de pénurie de la main d'œuvre infirmière qui rend difficile la gestion quotidienne de la charge de travail, dont la tension des effectifs engendre dans certains services des situations difficiles voire « chaotiques » surtout en période estivale. Enfin, la concurrence sévère des établissements sanitaires privés sur des activités de petites chirurgies, ainsi que sur un mode d'organisation du travail moins contraint par les divers changements de dernière minute, obligent les hôpitaux de l'assistance publique marseillaise à réagir. Mais là encore, les hôpitaux privés de part leur autonomie financière sont plus réactifs que les établissements publics qui sont soumis à des enveloppes budgétaires.

### *2-3 Un enjeu cristallisé autour des effectifs soignants*

Avec la concurrence du secteur sanitaire privé, l'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille se trouve face à un enjeu de taille cristallisé autour des effectifs du personnel soignant. En période de pénurie de personnel soignant qualifié, la croissance en matière de recrutement est plus rapide dans le secteur privé (27%) que dans le secteur public (13%)<sup>17</sup>. Ceci s'explique en parti par l'accroissement plus fort des emplois à temps partiel dans le secteur privé (98%) qu'à temps plein (6%). De plus, la réduction du temps de travail a posé de manière plus aiguë encore la question de l'emploi dans les structures hospitalières. Contrairement à ce qui avait été annoncé, elle ne s'est pas accompagnée immédiatement de recrutements susceptibles de compenser les 35 heures alors même que l'activité continue de se développer. Ceci pose de manière plus cruciale encore la question de l'attractivité du service public hospitalier. En effet, si l'emploi y est stable, les salaires plus élevés que dans le privé où de nombreux avantages sociaux y sont proposés, certaines études de la Drees soulignent une tendance des départs vers le secteur privé.

#### *Les effectifs*

Dans le contexte actuel de pénurie du personnel soignant, si nous observons une constante augmentation du nombre de recrutements, ceux-ci ne suffisent pas à combler les postes vacants et à répondre aux besoins en personnel des services. Les services souhaités par les nouvelles recrues ne sont pas toujours en adéquation avec la réalité des besoins hospitaliers. Ceci est souvent la source de phénomènes d'insatisfaction et de frustration, qui peuvent amener les jeunes recrues à s'orienter vers une autre solution jugée plus en adéquation avec l'idée qu'ils se faisaient de l'exercice de leur métier. Cette incohérence est d'ailleurs souvent signalée lors des entretiens avec l'encadrement intermédiaire et jugée à la base de la fuite du personnel vers le secteur privé ou libéral, pour des métiers physiquement et moralement éprouvants, où les horaires de travail sont source de difficultés et de tensions dans la gestion de la vie familiale du personnel.

#### *L'absentéisme*

Souvent avancé comme principale source de difficulté dans la gestion des plannings, l'absentéisme est un réel problème auquel doit faire face l'assistance publique. Les recrutements réalisés portent essentiellement sur de jeunes diplômé(e)s, de telle sorte que nous assistons à un rajeunissement de la population infirmière principalement. Cela induit l'émergence d'un nouvel absentéisme lié aux maternités avec 21% de l'absentéisme total. S'il ne constitue pas en soi un absentéisme suffisamment pertinent pour expliquer les conséquences de l'activité soignante sur la santé du

---

<sup>17</sup> Nicolas Tanti-Hardouin, 1996, L'hospitalisation privée, crise identitaire et mutation sectorielle, Ed. La Documentation Française, Paris.

personnel, il est néanmoins l'une des raisons de report de la charge de travail sur le personnel présent. En effet, les congés maternité ne sont pas remplacés. A cela s'ajoute l'absentéisme pour maladies ordinaires qui représente plus de 50% toutes catégories soignantes confondues, et qui lui fait plutôt l'objet d'une gestion au jour le jour. Les données statistiques recueillies jusqu'à présent ne permettent pas d'identifier les causes de cet absentéisme, néanmoins nous pouvons supposer que pour une bonne part de ce taux il s'agit d'un absentéisme lié à un impératif de récupération. L'absentéisme constituerait alors une spirale, souvent décrite par les cadres interrogés, qui finirait par conduire à des situations ingérables nécessitant la fermeture momentanée d'un nombre de lits pour pouvoir continuer à assurer la sécurité et la qualité des soins.

### *Pyramide des âges et vieillissement des populations soignantes*

La population soignante connaît un vieillissement certain de ces effectifs, à un moment où le secteur hospitalier est en pleine mutation. Avec 30% des effectifs infirmiers et 57% des effectifs aides soignants âgés de plus de 45 ans, la situation est particulièrement préoccupante. Ce vieillissement est le résultat de plusieurs phénomènes ayant eu lieu à un niveau national<sup>18</sup> : le vieillissement général de la population active, un recrutement massif de personnels, en particulier d'infirmiers, lié au développement de l'hôpital public à partir des années 60 – 70, un ralentissement très net de la croissance des effectifs depuis 1978 et l'allongement des durées de carrière des personnels soignants. Ces populations de soignants connaissaient ainsi un turn-over important, et restait donc jeunes. Mais dès la fin des années 80, il y a eu un ralentissement net de deux mouvements : la baisse des recrutements et une stabilisation des personnels dans leur emploi, dont nous connaissons la conséquence : vieillissement de la population hospitalière tant en âge qu'en ancienneté. Les implications du vieillissement du personnel pose à notre avis deux problèmes : d'une part, les départs à la retraite dans les années à venir risquent de perturber les transmissions de l'expérience des plus âgées vers les jeunes ; d'autre part, la baisse des possibilités de transfert ou de réaffectation des salariés les plus fragilisés en terme de santé<sup>19</sup>. Un tel bouleversement de la pyramide des âges ne peut pas être sans conséquences quand on connaît les conditions de travail à l'hôpital, les effets de ces mêmes conditions sur la santé, et les difficultés auxquelles les salariés les plus âgés peuvent être confrontés, notamment du point de vue de leur santé<sup>20</sup>.

### *La mobilité*

La mobilité présente un enjeu certain dans l'approche de la charge de travail. D'une part, la mobilité s'exprime par le besoin d'exercer différemment la profession qui regroupe plusieurs aspects (techniques, relationnels, etc.). Elle peut également être une réponse à une situation critique qui met la personne dans l'incapacité de tenir son poste dans une situation de travail donnée. D'autre part, la mobilité s'inscrit dans des logiques diverses, visant à améliorer leurs conditions de vie au travail et hors travail, des logiques familiales, de carrière de conjoint, ou encore de formation, et plus marginalement, des carrières dans le secteur libéral sont envisageables. Si nous regardons le bilan social, sur la totalité des départs enregistrés, près de 13% des départs se font vers un autre établissement, et 30% résultent d'une démission. Les entretiens avec les cadres supérieurs de santé ont révélé que la mobilité n'était pas facilitée pour plusieurs raisons : les postes vacants figurent parmi les unités les moins attractives, les souhaits de mobilité interne s'accompagnent souvent d'une demande de temps partiel. Ceci complexifie donc la mobilité interne du personnel soignant qui nourrit un sentiment de frustration à l'égard de la hiérarchie. L'encadrement souligne d'ailleurs que

<sup>18</sup> Lert, Logeay, Guegen et Marne, 1989, Devenir professionnel et santé des infirmières des hôpitaux publics Le travail humain, 52/3, pp 213-230.

<sup>19</sup> Olivier Gonon, 2001, Les régulations organisationnelles, collectives et individuelles en lien avec l'âge, la santé des salariés et les caractéristiques du travail : le cas d'un Centre Hospitalier Universitaire, thèse de doctorat.

<sup>20</sup> Marquié, Paumès et Volkoff, 1995, Le travail au fil de l'âge, Toulouse, Ed. Octarès.

ce point de rupture a pour conséquence les démissions du personnel, qui s'orientent alors vers postent qui sont davantage en adéquation avec leurs attentes en terme d'activité, d'horaires, de temps de travail et de salaire.

L'assistance publique des hôpitaux de Marseille se trouve face à un enjeu central dont l'objectif est de permettre au personnel soignant de trouver sa place au sein de l'AP-HM. Pour cela, développer la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences constitue l'une des principales actions à mener au sein de l'AP-HM. Ceci doit favoriser la mise en place d'un prévisionnel des recrutements, la transmission le des savoirs et des compétences, une gestion individualisées des parcours professionnels et de fidéliser le personnel soignant. Mais comment mettre en place une politique de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences dans un contexte actuel de faible attractivité des professions soignantes à l'hôpital, et de pénurie de la main d'œuvre ?

#### *2-4 Conditions et charge de travail*

Outre les tensions liées aux effectifs, le travail soignant est structurellement marqué par la pénibilité que nous déclinons en terme de charge : charge physique, charge mentale, charge psychologique. Le travail soignant est très exigeant et structurellement marqué par la pénibilité que nous déclinons en terme de charge : charge physique, charge mentale et charge psychologique.

##### *Charge physique*

Les exigences physiques, très présentes à l'hôpital, concernent majoritairement le personnel infirmier et aide soignant où sont observées des postures problématiques (penché, bras levé, port de charges) et réalisés de nombreux déplacements. La durée relative de ces postures pénibles varie selon le poste horaire (matin, après midi, nuit), le type de service (médecine, chirurgie, consultations, etc.) et la profession (infirmières et aides soignantes). Ainsi, les aides soignantes et les infirmières sont davantage confrontées à la manutention de patients et au port de charges lourdes, ce qui exacerbe le sentiment de carence en personnel si souvent cité par les cadres interrogés. Des différences entre type d'horaires sont également à souligner : il y a davantage de réfection de lits et de ménage le matin, et la nuit, il y a moins de change, de distributions de médicaments et de rangement de matériel.

##### *Charge mentale*

Le travail soignant est souvent conditionné par de fortes contraintes temporelles. Cette gestion du temps est souvent problématique dans un environnement incertain, où les interruptions et les actes imprévus dans le travail des infirmières et des aides soignantes sont fréquents. Ainsi, de nombreuses études portant sur l'analyse de l'activité soignante ont déjà pu mettre en évidence le fractionnement temporel des journées de l'infirmière, devenues pour le coup complexes, variables et larges. Les changements à tout moment de programme à court ou long terme y sont fréquents et en étroite lien avec la mémorisation et l'analyse de nombreuses données du service à un moment *t*. Ces données sont basées sur la connaissance de plusieurs éléments comme les patients, leurs pathologies, les exigences des tâches, les personnels présents, leurs localisations et leurs capacités ou compétences, les médecins et les butées temporelles. Tous ces éléments peuvent se révéler incertains ou flous. Ces contraintes temporelles et interruptions diverses dans le travail constituent le lot de difficultés souvent perçues négativement par le personnel soignant et l'encadrement de proximité. Mais cela montre aussi les capacités d'adaptation et de gestion de l'imprévu des soignants qui élaborent quasi perpétuellement des stratégies de priorisation et re-planification des tâches. Il est important de souligner au passage le rôle majeur des communications et de la coordination décrit par Grosjean et Lacoste<sup>21</sup> comme élément critique de l'activité hospitalière.

---

<sup>21</sup> Grosjean et Lacoste, 1999, Communication et intelligence collective. Le travail à l'hôpital, PUF.

Le travail du personnel soignant comporte des dimensions psychiques et affectives. Ils sont en effet régulièrement confrontés à la maladie, aux décès et à la souffrance des patients, ce qui peut entraîner des états de fatigues physiques et psychiques importants, souvent appréhendés à travers des approches sur le stress ou l'épuisement professionnel (« burn-out »). Le stress peut être défini comme la manifestation de l'action déstabilisante d'agents stressants qui peuvent être identifiés comme la perception subjective de l'individu face à certaines caractéristiques de son environnement. L'épuisement professionnel, processus de long terme, implique le développement négatif d'images de soi-même, des attitudes défavorables envers le travail et une perte d'intérêt à l'égard des patients<sup>22</sup>. Ainsi, décès, préparation inadéquate pour s'occuper des besoins des patients et de leurs familles, excédent de travail, conflits avec le personnel, manque de soutien, pression temporelle, manque de reconnaissance etc. sont autant d'éléments qui peuvent conduire à l'épuisement professionnel.

#### *Les horaires de travail*

C'est une dimension centrale de la pénibilité du travail en milieu hospitalier. Les horaires de travail sont majoritairement décalés par rapport aux rythmes sociaux dominants, imprévisibles, rendant l'articulation entre vie familiale et vie professionnelle complexe à gérer, surtout en matière de garde d'enfants. En effet, lorsqu'il s'agit d'enfants à bas âge, il n'est pas aisé de trouver des crèches ou des nourrices acceptant de garder l'enfant très tôt le matin ou encore la nuit. Il en est de même pour les enfants scolarisés où les horaires de travail ne correspondent pas avec les horaires d'école. A cela, il est aussi important de souligner que l'emplacement géographique de l'hôpital dans une ville peut accroître ces difficultés et obliger le salarié à calculer en plus son temps de trajet. Enfin, ce type d'horaires de travail n'est pas sans conséquences sur la santé quand ils sont pratiqués durant toute une vie professionnelle. De nombreuses études ont montré les effets négatifs des horaires postés et de nuit sur l'organisme : troubles alimentaires, troubles du sommeil etc.

#### *2-5 Une organisation du travail reconfigurée par l'offre de soins*

Comme nous l'avons vu précédemment, l'offre de soins s'est profondément recomposée autour de nouveaux modes de prise en charge des patients depuis une vingtaine d'années. Ces modes de prise en charge ont permis un nouveau partage des activités entre établissements hospitaliers et un développement de la prise en charge ambulatoire à l'hôpital comme à domicile, mais ont aussi favorisé le développement des démarches qualité, d'hygiène, la prise en charge de la douleur, les soins palliatifs, etc. qui se sont traduits par la mise en place de nouvelles lignes de travail transversales<sup>23</sup>.

Les conséquences sur le travail soignant se mesure tout d'abord en terme de travail supplémentaire : travail d'écriture, de traçabilité, ainsi que des tensions liées à la coexistence de références différentes. Ces nouveaux modes de travail et de partage des responsabilités font l'objet de négociations. Enfin, la démarche d'accréditation conduit à une formalisation accrue de l'activité soignante.

Autre conséquence palpable, les flux des patients. De plus en plus tendus, les patients restent moins longtemps à l'hôpital tout en bénéficiant d'autant d'examen concentrés sur une plus courte durée de séjour. De plus, les patients accueillis sont de plus en plus âgés, grabataires et présentant des polyopathologies. Ceci révèle l'accroissement de la charge de travail du personnel soignant qui,

---

<sup>22</sup> Chanlat, 1990, Théorie du stress en psychopathologie. Revue Prévenir n°20.

<sup>23</sup> Françoise Acker, 2003, *Infirmières, une profession en crise ?* In La crise des professions médicales, J. De Kervasdoué (Dir.), Dunod.

### 3- Questionnement et Méthodologie d'enquête.

#### *3-1 Problématique*

Les mesures d'économie budgétaire sur le travail et l'emploi du personnel soignant ont des conséquences importantes sur les conditions et la charge de travail du personnel soignant. Est observé un durcissement des conditions de travail du personnel soignant, dans des structures hospitalières soumises à des contraintes croissantes de productivité et des effectifs en personnel globalement constants et de plus en plus tendus. A cela, s'ajoute un contexte de réduction du temps de travail qui accentue davantage les difficultés ressenties par un personnel soignant vieillissant. Dans l'approche du concept de charge de travail en milieu hospitalier, il s'agira de considérer autrement le rapport au travail, au-delà d'une simple relation de « dépendance » entre l'environnement des conditions de travail et leurs conséquences sur la santé du personnel soignant. Il existe une interaction plus fine de cette relation de « dépendance », où la notion « d'adaptation » développée par E. Goffman<sup>24</sup> permet de faire la distinction entre les adaptations primaires et les adaptations secondaires : les premières étant la partie « visible » de l'ajustement à l'environnement des conditions de travail par les soignants, alors que les secondes sont celles que les acteurs créent par rapport au rôle prévu par l'institution tout en maintenant des logiques de préservation de leur santé. Au cœur d'une approche interactionniste, et au-delà d'une analyse exclusivement centrée sur les situations de travail du personnel soignant, l'étude de la charge de travail interrogera dans une perspective diachronique la régulation de la charge de travail soignant tout au long de la carrière professionnelle au double sens de trajectoires socioprofessionnelles et de filières d'emploi.

#### *Relation âge et contraintes*

Nous avons vu qu'avec le durcissement des conditions de travail, l'intensification de la charge de travail et l'évolution générale de l'offre de soins dans un contexte de rationalisation, les soignants étaient de plus en plus soumis à de fortes contraintes. Il est possible d'établir une typologie de ces contraintes basée sur trois situations comme l'on fait Volkoff et Molinié (1995). Ainsi, ils distinguent les contraintes « déclinantes » avec l'âge (ex : longue durée de travail hebdomadaire), les contraintes « durables » dans le temps (ex : postures pénibles ou fatigantes) et les contraintes « stationnaires » et « sélectives » (ex : le travail posté). Cette question de la relation de l'âge et des contraintes du poste de travail doit permettre tout d'abord d'établir une typologie des situations les plus sélectives et pénalisantes avec l'avancée en âge dans une organisation, mais permettre aussi de mettre en évidence, dans certaines situations de travail, des régulations différentes à des niveaux individuels et/ou collectifs, et enfin permettre de définir les conditions dans lesquelles les salariés âgés pourront se maintenir au travail. Les questions du temps de travail et des horaires de travail sont sous-jacentes à ce questionnement, puisqu'elles interrogent la durée hebdomadaire de travail des plus âgés d'une part, et le temps d'exposition à des horaires contraignants d'autre part.

#### *Expérience et Régulation collective et individuelle de la charge de travail*

Face aux difficultés rencontrées au travail par le personnel le plus âgé, il est possible de mettre en évidence des stratégies de régulation liées à l'âge. Ce type de stratégie, souvent qualifiée de stratégies de compensation, recouvre toutes les modalités d'ajustement liées à l'expérience et qui permettent aux plus âgés de faire face à leurs difficultés qu'elles soient de nature physique, mentale ou psychologique. L'hypothèse sous-jacente faite ici consiste à dire que les stratégies de compensation observées dans l'activité de travail des personnels soignants et notamment les plus âgés répondent plus largement à des stratégies de préservation de la santé face aux contraintes de

---

<sup>24</sup> E. Goffman, 1974, Les cadres de l'expérience, Ed. de Minuit, Paris.

travail. Certaines de ces stratégies relèveraient donc de l'expérience individuelle ou collective, où chacun a connaissance de ses propres caractéristiques individuelles, de son environnement de travail et des caractéristiques des autres membres de l'équipe qui vont permettre, au niveau individuel et collectif, d'élaborer des régulations permettant de maintenir un équilibre. Ainsi, nous pouvons supposer plus caricaturalement que l'aspect physique de la charge de travail soit ferait l'objet d'une répartition du travail entre personnel soignant jeune et moins jeune où les jeunes prendraient en charge les patients les plus « lourds » et les membres les plus âgés auraient en charge les patients les plus « légers », soit serait régulé collectivement par le biais notamment des binômes infirmières – aides soignantes. Cette dernière hypothèse, d'après nos observations, semble la plus probable pour deux raisons. Premièrement, dans un contexte de charge émotionnel forte, l'expérience des soignantes les plus âgées profite aux plus jeunes pour lesquelles la notion de « bonne distance thérapeutique » reste floue. Il s'agirait donc d'un garde fou – ou comme le dit C. Dejours un mécanisme collectif de défense - évitant le trop grand investissement dans la relation au patient des plus inexpérimentées. Deuxièmement, l'organisation des soins en binôme offre également aux infirmières et aides soignantes une possibilité de soutien réciproque pour affronter certaines charges émotionnelles difficiles liées aux soins ou aux échanges avec certains patients souffrants ou mourants<sup>25</sup>. Par cette pratique, les soignantes éviteraient cette relation de face à face avec le patient, les régulations triangulaires étant plus « rassurantes ». Enfin, au niveau individuel, l'expérience est considérée comme un atout où infirmières et aides soignantes construiraient à partir de leurs connaissances techniques et relationnelles les compétences nécessaires pour minimiser les coûts physiques, psychiques et cognitifs sur leur fatigue et plus globalement sur leur état de santé. La bonne utilisation des moyens techniques et des gestes particuliers permet de réduire les sollicitations physiques ; l'expérience émotionnelle permet de trouver un juste équilibre favorisant la prise de recul par rapport à son travail et sa vie hors travail ainsi que de modérer son investissement dans sa relation avec le patient ; les contraintes temporelles favorisent l'apprentissage de compétences d'anticipation, de priorisation et d'ajustement à ces contraintes.

#### *Mobilité et régulation organisationnelle de la charge de travail*

L'analyse des parcours professionnels des infirmières et aides soignantes doit permettre d'apporter plusieurs éléments de compréhension en terme de régulation organisationnelle de la charge de travail. Les données du bilan social telles que l'absentéisme, les accidents de travail, les mutations de service à service et les départs doivent nous permettre d'établir un lien entre la fragilisation du personnel soignant et les conditions de travail. Plus précisément, les changements d'unités ou d'établissement peuvent être liées à l'interaction entre les problèmes de santé du personnel et les conditions de travail. Les unités de soins intensifs – réanimation et d'hospitalisation traditionnelle, par leur structure d'âge, leurs caractéristiques du travail et leur positionnement dans les parcours professionnels, paraissent être les plus sélectives et pénalisantes pour les personnels soignants les plus âgés et/ou les plus fragilisés. Ces unités regroupent de nombreuses dimensions aux exigences multiples. Par ailleurs, ces données suggèrent que le changement d'établissement et le temps partiel font partie des possibles régulations organisationnelles permettant de faire face aux problèmes de santé en relation avec les conditions de travail. Ces régulations organisationnelles seraient de trois types<sup>26</sup> : les « régulation – réaffectation » et « régulation reclassement » où l'organisation disposerait de postes de travail qui permettent de prendre en compte les difficultés de certains salariés particulièrement les plus âgés et les plus fragilisés du point de vue de leur santé ; la « régulation – réaménagement » qui suppose l'existence de réaménagements de poste au sein même des unités de soins les plus jeunes. Le passage à temps partiel et/ou en horaire fixe de jour permettrait à certaines infirmières et aides soignantes d'être maintenues dans leur unité malgré de fortes contraintes. Enfin,

---

<sup>25</sup> M. CASTRA, 2004, Faire face à la mort : réguler la « bonne distance » soignants-patients en unité de soins palliatifs, Revue Travail et Emploi n°97.

<sup>26</sup> O. Gonon, 2001, Les régulations organisationnelles, collectives et individuelles en lien avec l'âge, la santé des salariés et les caractéristiques du travail : Le cas d'un Centre Hospitalier Universitaire, Thèse de doctorat en ergonomie, Toulouse.

### *Horaires de travail, temps de travail et parcours professionnel*

Le régime horaire chez le personnel soignant correspond majoritairement au travail de journée alternant le « matin » et l' « après-midi ». Une minorité du personnel soignant travaille de nuit. Enfin, une autre minorité exerce en horaires de jour. La plupart de ce personnel soignant est donc soumis à des rythmes de travail et d'existence décalés par rapport aux temporalités sociales dominantes <sup>27</sup>. A cela s'ajoute la question de la variabilité d'une part, des horaires alternants – réguliers et prévisibles – d'autre part, des horaires relevant de modifications du planning pour pallier aux absences – peu ou pas prévisibles. Cette question des horaires de travail est posée de manière encore plus cruciale avec l'installation d'une vie de couple et l'arrivée des enfants, et témoigne d'une gestion très serrée du temps de la vie quotidienne. Les nombreuses enquêtes portant sur le temps de travail mettent en évidence une progression des temps partiels, plus souvent « choisi » que « subi » sur des quotités qui vont de 50% à 80%. Ainsi, nous pouvons supposer que tout au long du parcours professionnel d'infirmières et aides soignantes, cette volonté de réduction du temps de travail a des motivations relevant de logiques ou de renouvellement professionnels, d'allègement de la charge de travail et d'amélioration des horaires et de la qualité de vie hors travail. Une autre manière de gestion du temps et des horaires de travail doit pouvoir nous renseigner sur la recherche tout au long du parcours professionnel d'horaires de travail en meilleure adéquation avec son mode de vie : la mobilité professionnelle. Cette dernière peut se jouer sur deux registres : un registre professionnel horizontal, marqué par l'exercice de sa profession sur d'autres lieux de la sphère travail et associé à des horaires de jour (exercice libéral, en milieu scolaire, en établissement pour personne âgée ou handicapée) ; un registre professionnel vertical, également associé à des horaires de jour et qui correspond au modèle idéal d'évolution de carrière vers des fonctions de formation ou d'encadrement.

### *Sens au travail et conflits d'exigences*

Fort d'un héritage religieux basé sur les notions de « don de soi », de « dévouement » ou encore de « vocation », les professions soignantes connaissent une redéfinition de leur travail qui entrent en contradiction avec les valeurs et le sens donné à ce type de profession. A cela s'ajoute les difficultés organisationnelles qui mettent à mal la conception souvent idéalisée du travail bien fait, selon des critères d'exigence qui sont propres à soi-même mais propre aussi au collectif de travail. Dans le travail soignant existe un consensus minimum sur ce qu'est un travail bien fait, sur la répartition du temps ou des efforts entre les différentes fonctions. Néanmoins, se généralise de plus en plus le sentiment de devoir faire face à une tâche inachevée, à un déséquilibre entre les moyens et les objectifs à réaliser, source de fatigue, d'insatisfaction et de conflits. Il est donc intéressant d'identifier à travers le parcours professionnel des soignantes, comment individuellement et collectivement ces dernières se représentent leur profession dans une construction sociale du soin de plus en plus prescrit par des procédures rigides ; quels sont les effets de l'intensification de la charge de travail sur la perception satisfaisante ou pas de l'accomplissement professionnel ? Nous supposons ici l'émergence possible d'une souffrance générée par l'offense faite à l'image, à l'idéal et à l'identité des infirmières et aides soignantes, largement opérée par des changements de valeur faisant en sorte que la performance emboîte le pas au soin global. Une perte d'estime de soi et un questionnement existentiel sur les valeurs de ces types de profession ainsi que sur leur avenir peuvent émerger du vécu des infirmières et des aides soignantes, de telle sorte que le rapport au travail tend à être redéfini vers une conception plus instrumentaliste.

### *Mécanismes de défense*

---

<sup>27</sup> P. Bouffartigue, J. Bouteiller, 2003, Jongleuses en blouses blanches : la mobilisation des compétences temporelles chez les infirmières hospitalières, Actes des IX journées de sociologie du travail, Paris.

Par l'observation des activités soignantes, il est possible de mettre en œuvre des stratégies de défense construites et organisées collectivement et individuellement par les équipes soignantes pour lutter contre la souffrance suscitée par les relations à la mort, la souffrance et la maladie. Souvent, les discours des personnels soignants<sup>28</sup> sur leurs nombreux et incessants déplacements sont centrés sur des plaintes concernant le manque de temps pour bien s'occuper du malade. Outre le fait que cela remet en cause la conception du travail tel que chaque soignant le perçoit, cela est révélateur d'un malaise qui dépasse le simple aspect physique de la charge de travail et la difficulté d'exercer une fonction infirmière ou encore aide soignante. Nous pouvons alors supposer tel que l'a fait A. Vega (1995) que l'hyper-activité est un moyen de se prémunir contre le risque d'un trop grand investissement auprès du malade, et qui est une manière de dépasser les contradictions liées aux fonctions des professions soignantes (dévouement contre compétence technique), et de se protéger symboliquement des contacts avec la mort, la souffrance et la maladie comme le décrit très bien M. Castra. On peut y voir également un moyen de prouver aux autres que « l'on n'a pas le temps de s'investir dans une relation qui pourrait être perturbante pour le psychisme »<sup>29</sup> (Loriol, 2000). De plus, s'épuiser physiquement permet d'éviter la fatigue mentale. Autre mécanisme de défense : le déni du réel. Face à l'anxiété et à la frustration professionnelle que peuvent représenter la maladie et la souffrance du malade, nier les difficultés rencontrées au niveau physique, mental ou psychique, reviendrait à nier ses limites en tant qu'être humain. Enfin, parler d'épuisement professionnel constituerait une première étape dans la reconnaissance des difficultés propres aux professions infirmières et aides soignantes.

### *3-2 Méthodologie*

Afin de répondre à notre problématique et nos hypothèses de travail centrées sur l'appréhension de la charge de travail comme concept, et sa régulation tout au long du parcours professionnel des soignants (infirmier(e)s et aides soignant(e)s), nous envisageons de mener une enquête qualitative, menée par des observations ethnographiques et entretiens, et où nous envisageons de mettre en place des discussions de groupe qui réunirait des personnes de 3 ou 4 unités de soins différentes. L'objectif serait de les faire interagir sur leurs normes de travail et parcours individuels pour mettre en œuvre des normes collectives et individuelles de la charge de travail, mais aussi des normes de régulation collective et individuelle de cette charge de travail.

A l'enquête qualitative sera associée un minutieux dépouillement statistique du bilan social sur plusieurs années, à travers lequel il s'agit d'élaborer le portrait de quelques unités de soins basé sur des critères liés au type d'activité de soins leur caractère plutôt technique ou relationnel, au type de patients, cumulant des pathologies plus ou moins « lourdes », leurs effectifs (théoriques et réels), la moyenne d'âge et l'ancienneté des agents. Il est également question de mettre l'accent sur des indicateurs pertinents de pénibilité et de charge de travail tels que le taux d'absentéisme, le turnover, le nombre d'accidents de travail par unité de soins étudiée et par agent. Ces indicateurs doivent permettre l'identification de problèmes liés à la pénibilité physique, mentale ou psychique de la charge de travail, voire à une progressive intensification de celle dernière, et plus largement aux conditions de travail telles qu'elles s'effectuent au moment de l'enquête. Par exemple, une augmentation significative du nombre d'accidents de travail peut révéler une fragilisation de la santé physique, mentale ou psychique du personnel soignant. Enfin, une attention particulière sera portée au nombre des mutations pour lesquelles nous établirons une cartographie des mutations (satisfaites et non satisfaites) dans les unités de soins : ceci doit permettre d'analyser les unités de soins où la pénibilité y est ressentie la plus forte, et de mettre en évidence les unités de soins vers lesquelles sont dirigées les demandes, et donc où la charge de travail y est perçue la mieux adapter à ses caractéristiques individuelles.

---

<sup>28</sup> A. Rabassa, D. Lemaire sous la dir de P. Bouffartigue, AM Arborio, (2005), Les conditions de travail du personnel du Centre Hospitalier du Pays d'Aix, Compte rendu au CHSCT.

<sup>29</sup> M. Loriol, 2000, Le temps de la fatigue. La gestion sociale du mal-être au travail, Ed. Anthropos, Paris.



Une palette d'unités de soins sera ensuite déterminée au sein d'un ou plusieurs établissements où nous prendrons en compte les entretiens déjà menés auprès des cadres supérieurs de santé, des directeurs de soins infirmiers, directeurs des ressources humaines et médecins du travail qui nous ont permis d'établir un panorama pertinent d'unités de soins intéressantes à étudier.

Enfin, nous établirons pour chaque personnel soignant des unités de soins enquêtées, leur parcours professionnel depuis l'obtention de leur diplôme d'état. Nous y comparerons plus précisément la première et la dernière affectation, le temps de travail d'entrée dans la vie active et le temps de travail actuel, les caractéristiques ainsi que les horaires de travail. Ceci devrait nous permettre de mettre en évidence et corrélérer une logique d'amélioration des conditions de vie au travail.

A travers cette méthodologie, il sera possible de mettre à jour des profils types de personnels soignants, auxquels seront associés des parcours professionnels spécifiques aux stratégies de régulation de la charge de travail.

### **Bibliographie**

F. Acker, 2003, *Infirmières, une profession en crise ?* In La crise des professions médicales. J. De Kervasdoué (Dir.), Dunod.

P. Bouffartigue, J. Bouteiller, 2003, *Jongleuses en blouses blanches : la mobilisation des compétences temporelles chez les infirmières hospitalières*, Actes des IX journées de sociologie du travail, Paris.

M. CASTRA, 2004, Faire face à la mort : réguler la « bonne distance » soignants-patients en unité de soins palliatifs, *Revue Travail et Emploi* n°97.

Chanlat, 1990, Théorie du stress en psychopathologie. *Revue Prévenir* n°20.

JP Claveranne, 2003, *L'hôpital en chantier : du ménagement au management*, *Revue française de gestion*.

C. Dejours, 1993, *travail et usure mentale*, Ed Bayard.

JP Durand, S. Girard, 2002, *Attribution, perception et négociation de la charge de travail*, Paris, Cahiers d'Evry.

JP Durand, 2004, *La chaîne invisible. Travailler aujourd'hui : flux tendu et servitude volontaire*, Paris, Ed. du Seuil.

E. Durkheim, 1930, *De La Division du travail social*, PUF, Ed. Quadrige

E. Goffman, 1974, *Les cadres de l'expérience*, Ed. de Minuit, Paris.

O. Gonon, 2001, *Les régulations organisationnelles, collectives et individuelles en lien avec l'âge, la santé des salariés et les caractéristiques du travail : Le cas d'un Centre Hospitalier Universitaire*, Thèse de doctorat en ergonomie, Toulouse.

Grosjean et Lacoste, 1999, *Communication et intelligence collective. Le travail à l'hôpital*, PUF.

E. Hughes, 1996, *Le regard sociologique. Essais choisis. Textes rassemblés et présentés par JM Chapoulié*, Paris, Ed. de L'EHESS.

Séminaire de thèse du 04/12/2006.

Audrey RABASSA

audrey\_rabassa@yahoo.fr

J. Leplat, 1977, Les facteurs déterminant la charge de travail, *Le Travail Humain*, 40, n°2.

O. Lenay, JC Moisson, 2003, Un système d'information médicalisée à la tarification à l'activité. Trajectoire d'un instrument de gestion du système hospitalier. *Revue de gestion française*.

Lert, Logeay, Guegen et Marne, 1989, Devenir professionnel et santé des infirmières des hôpitaux publics *Le travail humain*, 52/3, pp 213-230.

M. Lorient, 2000, Le temps de la fatigue. La gestion sociale du mal-être au travail, Ed. Anthropos, Paris.

Marquié, Paumès et Volkoff, 1995, Le travail au fil de l'âge, Toulouse, Ed. Octarès.

E. Minvielle, 2003, De l'usage de concepts gestionnaires dans le champ de la santé. Le cas de la qualité hospitalière., *Revue française de gestion*.

P. Moliner, 2006, *Travail prescrit, travail réel* in Les enjeux psychologiques du travail, Paris, Ed. petite bibliothèque Payot.

M. de Montmollin, 1996, L'ergonomie, Paris Ed. La Découverte, coll. Repères.

C. Pascal, 2003, La gestion par processus à l'hôpital entre procédure et création de valeur, *Revue française de gestion*.

G. de Pourville, J. Tedesco, 2003, La contractualisation interne dans les établissements hospitaliers publics, *Revue française de Gestion*.

A. Rabassa, D. Lemaire sous la dir de P. Bouffartigue, AM Arborio, (2005), Les conditions de travail du personnel du Centre Hospitalier du Pays d'Aix, Compte rendu au CHSCT.

N. Tanti-Hardouin, 1996, L'hospitalisation privée, crise identitaire et mutation sectorielle, Ed. La Documentation Française, Paris.

AT Welford, 1977, la charge de travail comme fonction des exigences de la stratégie et de l'habileté, *Le Travail Humain*, 40, n°2.